

ແຜນປະຕິບັດການ
ການລົງທະບຽນເປັນຜູ້ສະສິດ ແລະ ໝາຍແຈ້ງການຍົກເລີກ
PLANNED ACTION NOTICE
WAIVER ENROLLMENT AND TERMINATION

ຊື່ແລະບ່ອນຢູ່ຂອງລູກສຳນວນ

ຊື່ແລະບ່ອນຢູ່ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າ

ພະແນກ DDD ໄດ້ທຳການພິຈາລະນາກ່ຽວກັບການລົງທະບຽນຂອງທ່ານໃນການເປັນຜູ້ສະສິດການບໍລິການຕ່າງໆບົນພື້ນຖານຕາມບ້ານເຮືອນແລະຊຸມຊົນຂອງພະແນກ DDD.

| ການລົງທະບຽນເປັນຜູ້ສະສິດ | |
|--|------------|
| <input type="checkbox"/> ທ່ານໄດ້ຖືກອະນຸມັດໃຫ້ລົງທະບຽນໃນແຜນຢູ່ລຸ່ມນີ້ແມ່ນ ການສະສິດໃນແຜນ DDD HCBS: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Basic Plus <input type="checkbox"/> CORE <input type="checkbox"/> ການເປັນຜູ້ສະສິດໃນຊຸມຊົນທີ່ເປັນການປ້ອງກັນ ວັນທີ່ມີຜົນໃຊ້ໄດ້ໃນການລົງທະບຽນ ສຳຮັບການສະສິດນີ້ແມ່ນ: _____ . ທ່ານອາດໂທຫາຜູ້ຈັດການສຳນວນ/ແຫ່ງການບໍລິການ (CRM) ເພື່ອຂ່າວຂໍ້ມູນແລະແຜນການ. | |
| ຊື່ຂອງ CRM | ເລກໂທຣະສັບ |
| ການຍົກເລີກເປັນຜູ້ສະສິດ | |
| <input type="checkbox"/> ທ່ານບໍ່ມີເງື່ອນໄຂເໝາະສົມໃນການເວົ້າຮ່ວມໃນແຜນເປັນຜູ້ສະສິດໃນແຜນ HCBS ຂອງພະແນກ DDD ຢູ່ລຸ່ມນີ້ອີກແລ້ວ: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Basic Plus <input type="checkbox"/> CORE <input type="checkbox"/> ການເປັນຜູ້ສະສິດໃນຊຸມຊົນທີ່ເປັນການປ້ອງກັນ ວັນທີ່ມີຜົນໃຊ້ໄດ້ໃນການຍົກເລີກ ສຳຮັບເງື່ອນໄຂຄວາມເໝາະສົມແລະການບໍລິການຕ່າງໆຂອງຜູ້ສະສິດແມ່ນ: _____ . ເຫດຜົນ (ຕ່າງໆ) ໃນການຍົກເລີກນັ້ນແມ່ນ: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ທ່ານບໍ່ເໝາະສົມກັບບັນທັດຖານເງື່ອນໄຂຄວາມເປັນຜູ້ສະສິດ. WAC 388-845-0030 <input type="checkbox"/> ທ່ານກຳລັງລົງທະບຽນກັບໂຄງການຜູ້ສະສິດທີ່ແຕກຕ່າງ HCBS ຂອງພະແນກ DDD ຢູ່. WAC 388-845-0045; 0080; 3085 <input type="checkbox"/> ທ່ານບໍ່ຕ້ອງການຫລືໃຊ້ການບໍລິການແຜນຜູ້ສະສິດອີກແລ້ວ. WAC 388-824-0030(6) ຫລື 0060(2)(3) <input type="checkbox"/> ທ່ານຢູ່ໃນແຜນຜູ້ສະສິດຊຸມຊົນທີ່ຄວບຄຸມແລະເລືອກບໍ່ຮັບການບໍລິການຈາກຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການແຜນຊຸມຊົນທີ່ຄວບຄຸມຊຶ່ງໄດ້ຮັບຢັ້ງຢືນ. WAC 388-845-0060(4) <input type="checkbox"/> ທ່ານເລືອກຖອນຈາກແຜນຜູ້ສະສິດ. WAC 388-845-0060(5) <input type="checkbox"/> ທ່ານຢູ່ຕ່າງຮັດ. WAC 388-845-0060(6) <input type="checkbox"/> ທ່ານບໍ່ເປັນຜູ້ຊອກພົບເຫັນຫລືບໍ່ປາກົດຕົວໃຫ້ພິສຳຮັບການທວນກວດສອບປະຈຳປີເຮືອງເງື່ອນໄຂຄວາມເໝາະສົມເປັນຜູ້ສະສິດ. WAC 388-845-0060(7) <input type="checkbox"/> ທ່ານປະຕິເສດມີສ່ວນຮ່ວມໃນແຜນບໍລິການຂອງທ່ານ, ຫລືຄວາມປະກັນຄຸນນະພາບຫລືກຳກັບການຕໍ່ກິດຈະກຳຕ່າງໆ. WAC 388-845-0060(b)(c) <input type="checkbox"/> ທ່ານປະຕິເສດການບໍລິການຕາມທີ່ຕົກລົງໃນແຜນດູແລຂອງທ່ານເພື່ອສະໜອງຄວາມຕ້ອງການທີ່ຈຳເປັນຕ່າງໆດ້ານສຸຂະພາບແລະຄວາມປອດໄພ. WAC 388-845-0060(c) <input type="checkbox"/> ທ່ານຢູ່ກັບສະຖາບັນແລ້ວ. WAC 388-845-0060(9) <input type="checkbox"/> ຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານເໝືອນຂອບເຂດທີ່ຈະສະໜອງໃຫ້ໄດ້ພາຍໃຕ້ແຜນສະສິດຂອງທ່ານ. WAC 388-845-0000 ຫລື 3085 | |

ສິດທິຕ່າງໆຂອງທ່ານໃນການອຸທອນ

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຂໍໃຫ້ມີການຝັງເຮືອງຕໍ່ອຳນາດການປົກຄອງໄດ້ ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນຜ່ອນກັບການຍົກເລີກສິດທິເງື່ອນໄຂຄວາມເໝາະສົມຂອງທ່ານ.

ຖ້າການຍົກເລີກສິດທິເງື່ອນໄຂຄວາມເໝາະສົມຂອງທ່ານຫາກເປັນເພາະການຍົກເລີກຄວາມບໍ່ມີເງື່ອນໄຂຕໍ່ ເມດິເຄດຫລືຄວາມພິການດ້ານການປະກັນສັງຄົມ, ບໍ່ມີສິດທີ່ຈະອຸທອນຕໍ່ພະແນກ DDD. ສິດທິການອຸທອນຕ່າງໆຂອງທ່ານແມ່ນຢູ່ກັບອົງການທີ່ເຮັດໃຫ້ການຕັດສິນນັ້ນບໍ່ມີຄວາມເໝາະສົມ.

ທ່ານມີເວລາ **90** ມື້ ຈາກນີ້ໄດ້ຮັບໃບຮ້າງການນີ້ເພື່ອປະກອບການອຸທອນເຮືອງນີ້.

- ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການຕ່າງໆໃນນາມເປັນຜູ້ສະສິດທີ່ຖືກຈ່າຍໃຫ້ໂດຍ DDD ແລະຢາກໃຫ້ຄວາມເໝາະສົມເປັນຜູ້ສະສິດນັ້ນສືບຕໍ່ໃນຕອນອຸທອນເຮືອງຢູ່ນັ້ນ, ທ່ານຕ້ອງປະກອບເອກະສານອໍ້ຮ້ອງການຝັງເຮືອງອຳນາດການປົກຄອງພາຍໃນນີ້: _____
- ຖ້າທ່ານເລືອກສືບຕໍ່ຮັບເອົາການບໍລິການທີ່ຈ່າຍໃຫ້ ແລະການຕັດສິນບັນທຶກຊຸກຸ້ມຂ້າງການກະທຳຂອງທ້ອງຖານ, ທ່ານອາດຈະເປັນຜູ້ຮັບຜິດຊອບຈ່າຍຄືນເຖິງ **60** ມື້ ຂອງການບໍລິການທີ່ຈ່າຍໃຫ້ໄປແລ້ວນັ້ນ.
- ຖ້າທ່ານບໍ່ຢາກໃຫ້ກາຍບໍລິການທີ່ຈ່າຍໃຫ້ນັ້ນສືບຕໍ່, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ຫາ:

_____ ທີ່ _____
 ຜູ້ຈັດການສຳນວນ/ແຫ່ງບໍລິການ ເລກໂທຣະສັບ

ທ່ານມີສິດທິຕ່າງໆຢູ່ລຸ່ມນີ້ຄື:

1. ເປັນຜູ້ຖືກຕາງໜ້າໄດ້ (ທ່ານອາດເໝາະສົມໄດ້ການຊ່ອຍເຫລືອດ້ານກົດໝາຍທີ່ບໍ່ຄິດຄ່າ) ;
2. ຂໍເອົາສຳເນົາເອກະສານຂອງທ່ານພ້ອມທັງຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ທົບທວນໂດຍພະແນກ DDD ໃນການຕັດສິນສຳນວນ;
3. ຢືນເອກະສານເພື່ອເປັນຫລັກຖານ;
4. ເພື່ອໃຫ້ການຕອນຝັງເຮືອງແລະສະເໜີພະຍານທັງຫລາຍເພື່ອໃຫ້ການແທນຕົວທ່ານ; ແລະ
5. ເພື່ອຊັກຖາມໄຂວ່ປະເຊີນໜ້າພະຍານທັງຫລາຍ ທີ່ມາໃຫ້ການແທນພະແນກ.

ຮ່າງໃບຄຳຮ້ອງຂໍການຝັງເຮືອງຈາກອຳນາດການປົກຄອງແມ່ນໄດ້ຕິດອັດມາໃຫ້ພ້ອມນີ້ແລ້ວ

ທ່ານມີຄຳຖາມໃດໆບໍ່?

ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມໃດໆກ່ຽວກັບການຕັດສິນເງື່ອນໄຂຄວາມເໝາະສົມນີ້ ຫລືສິດທິຕ່າງໆໃນການອຸທອນ, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ຫາ

| | | |
|-----------|-------------------|----------------------------|
| ໙໐ | ເລກໂທຣະສັບ | ຫ້ອງການປະຈຳທ້ອງຖິ່ນ |
|-----------|-------------------|----------------------------|



ຄຳຮ້ອງຂໍການຟັງເຮືອງໃນການລົງທະບຽນ
ເປັນຜູ້ສະສົມຕາມແຜນ DDD
ແລະການຢຸດຕິຍົກເລີກ

ຕາມກົດມາດຕາ 388-02 ສຳຮັບກົດການຟັງເຮືອງຕ່າງໆຂອງກົມ DSHS

| | |
|---|------------------|
| FOR AGENCY USE ONLY | |
| <input type="checkbox"/> Oral request taken by: | |
| NAME | TELEPHONE NUMBER |
| INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION | |

ສິ່ງເຖິງ: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

ເລກໂທລະສັບ 360-586-6563

ຂ້າພະເຈົ້າຮຽກຮ້ອງເອົາການຟັງເຮືອງ ເພາະວ່າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເຫັນພ້ອມກັບຄຳຕັດສິນຂໍຮຽນໂດຍພະແນກພິການດ້ານການວິວັດທະນາການຕ່າງໆ (DDD) ຢູ່ລຸ່ມນີ້:

| | | |
|--|--|---|
| ຊື່ຂອງທ່ານ (ກະຮຸນາຂຽນຕົວພິມ) | ວັນເດືອນປີເກີດ | ເລກປະກັນສັງຄົມ |
| ບ່ອນຢູ່ຂອງຜູ້ປະກອບການຮ້ອງຂໍ | ເລກປະຈຳຕົວຂອງລູກສຳນວນ | |
| ເມືອງ | ຮັດ | ເລກລະຫັດເຂດໄປສະນີ |
| ເລກໂທລະສັບ (ລວມເລກລະຫັດທ້ອງຖິ່ນ) | | <input type="checkbox"/> ເລກໂທສັ່ງຄວາມໄວ້ |
| ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຖືກແຈ້ງການໃນນີ້: _____ ໂດຍ: _____ | | |
| ຂ້າພະເຈົ້າຢາກສືບຕໍ່ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ, _____ ວັນທີ _____ ຊື່ຂອງຫ້ອງການ DSHS ພ້ອມເຂດທ້ອງຖິ່ນ | | |
| ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຫາກມີເງື່ອນໄຂ | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ | ໂຄງການ: _____ |

ຂ້າພະເຈົ້າຖືກແທນຕົວໂດຍ (ຖ້າທ່ານຫາກເປັນຕົວແທນໃຫ້ຕົວເອງ, ບໍ່ຕ້ອງຕື່ມສອງແຖວຕໍ່ໄປນັ້ນ):

| | | |
|----------------------------------|---------|------------|
| ຊື່ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍແກ່ທ່ານ: | ອົງການ: | ເລກໂທລະສັບ |
| ບ່ອນຢູ່ | ເມືອງ | ຮັດ |
| ເລກລະຫັດເຂດໄປສະນີ | | |

ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ປ່ອຍຂໍ້ມູນການຟັງເຮືອງຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

| | |
|----------------|-------|
| ລາຍເຊັນຂອງທ່ານ | ວັນທີ |
|----------------|-------|

ທ່ານຕ້ອງການນາຍພາສາຫລືການອຳນວຍຄວາມສະດວກພິເສດແນວໃດໃນການຟັງເຮືອງນີ້ບໍ່? ຕ້ອງການ ບໍ່ຕ້ອງການ
ຖ້າຕ້ອງການ, ແມ່ນພາສາໃດແລະການຊ່ວຍເຫລືອແນວໃດ? _____

ຜູ້ພິພາກສາອຳນາດການປົກຄອງຟັງເຮືອງ (ALJ's) ອາດທຳການຟັງເຮືອງທາງໂທລະສັບ. ຖ້າທ່ານຢາກປ່ຽນເປັນການຟັງເຮືອງແບບໄປພົບເອງ, ໃຫ້ປະຕິບັດຕາມຂໍ້ແນະນຳຕ່າງໆຂອງໃບແຈ້ງການຟັງເຮືອງທີ່ຈະສົ່ງໃຫ້ທ່ານໂດຍຫ້ອງການ OAH ນັ້ນ.

DDD WAIVER ENROLLMENT AND TERMINATION PLANNED ACTION NOTICE INSTRUCTIONS

Completing the Form

1. Waiver Enrollment:

- The effective date of the waiver enrollment on the first page of the Planned Action Notice is the date the Case Resource Manager signs the Plan of Care (POC). Remember: All of the items must be completed on the Waiver Eligibility Determination Checklist (10-274) before you can sign the POC.

2. Waiver Termination:

- The effective date of the termination for waiver eligibility and services on the first page of the Planned Action Notice is a minimum of 10 days from the mailing of the Planned Action Notice then extending to the end of the month of the tenth day.
- When the client is moving from one waiver to another the termination date is the day before the waiver enrollment effective date.

3. It is preferable that any:

- Service termination occurs the last day of the month, and
- Service reduction occurs the first day of the month.

4. The appeal date on the second page of the Planned Action Notice is calculated by counting ten (10) days from the date of mailing - the tenth day must be a working day - and extending to the end of the month.

- Services continue if an appeal is filed in a timely manner except for circumstances listed in WAC 388-825-150.

5. The client is instructed to return the form if they choose NOT to have services or eligibility continue during the appeal. If they choose to contact you by telephone, note that they have requested to discontinue services in the CARE SER and terminate services the same date as the termination effective date on the first page.